



Elternfragebogen bei V.a. immunologische Erkrankung

Name: Geburtsdatum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient (bzw. Eltern),

wir bitten Sie diesen Fragebogen im Vorfeld der Vorstellung in unserer Ambulanz auszufüllen (bitte erläutern Sie Details auf den gestrichelten Linien) und zum Vorstellungstermin vorzulegen, sowie **Impfpass und gelbes Untersuchungsheft** mitzubringen. Außerdem bitten wir um die Mitnahme aller bisher angefertigten (auffälligen) **Befunde** in Zusammenhang mit den Beschwerden, von **Arztberichten, Überweisungsschein und Chipkarte**.

Vielen Dank!

I. **Vorstellungsgrund**

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind in unserer Ambulanz vor?

Verdacht auf Immunschwäche/-defekt unklare Fieberschübe anderer Grund

II. **Anamnese**

i. Aktuelle Beschwerden

Was sind die aktuellen Hauptbeschwerden Ihres Kindes?

.....
.....

Seit wann treten diese Beschwerden auf (Monat/Jahr)?

.....
.....

ii. Infektanamnese

Welche Infektionen sind bisher aufgetreten?

Wie treten sie auf? **Häufigkeit** – **Dauer** – **Antibiotika** – **Fieber**

Mittelohrentzündungen mal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein

Nasennebenhöhlenentzünd.mal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein

- Bronchitismal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein
- Lungenentzündungmal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein
- chronisch Husten/Schnupfenmal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein
- Hautentzündungen/Abszessemal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein
- Knochenentzündungmal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein
- Hirnhautentzündungmal –Tage/Wochen – ja nein – ja nein
- Fieber ohne Infektzeichenmal –Tage/Wochen – ja nein –

Gab es Krankenhausaufenthalte aufgrund von Infektionen? *Falls ja, wie häufig?*

nein ja.....

Treten die Infektionen besonders in einer bestimmten Jahreszeit auf? *Falls ja, wann?*

nein ja.....

iii. Klinische Symptome

Welche anderen Beschwerden treten auf:

Lymphknotenschwellungen (wo) ?

nein ja.....

Gelenkbeschwerden (wo)?

nein ja.....

Hautausschläge (wo)?

nein ja.....

Bauchschmerzen/Stuhlauffälligkeiten? *Anzahl der Stühle am Tag?*

nein ja.....

Gewichtsabnahme, bzw. fehlende Gewichtszunahme?

nein ja.....

.....

Leistungsknick/verminderte Belastbarkeit/Konzentrationsminderung?

nein ja.....

.....

weitere Beschwerden?

nein ja.....

.....

iv. Medikamente

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? *Falls ja, welche?*

nein ja.....

.....

v. Impfungen

Sind die Impfungen nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) erfolgt?
Falls nein, welche fehlen? Warum?

ja nein.....

.....

vi. Schwangerschaft und Geburt

Gab es Auffälligkeiten in Schwangerschaft oder Geburt?

nein ja.....

.....

vii. Entwicklung/ Gedeihstörungen

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung?

nein ja.....

.....

Sind Wachstum und Gewichtszunahme regelrecht erfolgt? *Perzentilenknick (Bitte Perzentilenkurvenaus U-Heft mitbringen)?*

ja nein.....
.....

viii. Familienanamnese

Gab es Familienmitglieder mit gehäuften Infekten, Autoimmunerkrankungen, oder sind Säuglinge/Kinder in der Familie an Infektionen oder ungeklärt verstorben?

nein ja.....
.....

ix. Sozialanamnese

Besucht das Kind regelmäßig die KiTa/Schule? Wie viele Tage Fehlzeit im letzten Jahr?

ja nein.....Tage
.....

III. **Auffällige bisherige Laborbefunde**

Gab es bisher auffällige Laborbefunde/ andere Befunde? *Falls ja, welche?*

nein ja.....
.....